



Paula Alexandra Carvalho Pinto

**Orientação Positiva para a Vida e Processos  
Autorregulatórios nos Profissionais de Saúde**

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira**

maio de 2019





Paula Alexandra Carvalho Pinto

**Orientação Positiva para a Vida e Processos  
Autorregulatórios nos Profissionais de Saúde**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 30/05/2019, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Inês Martins Jongenelen (Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto)

Vogais: Professor Doutor Rui Manuel Costa Sofia (Professor Assistente Convidado, Escola Superior de Desporto e Lazer do Instituto Politécnico de Viana do Castelo) –  
Arguente

Orientador: Professora Doutora Maria José Pereira Ferreira (Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto).

maio de 2019

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

## Agradecimentos

A consecução da minha dissertação é o resultado de um percurso de muito empenho, dedicação e resiliência, e, durante esta caminhada fizeram parte muitas pessoas, às quais agradeço publicamente, pois sem elas não teria chegado ao final deste trajeto.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria José Ferreira, agradeço todo o apoio e dedicação durante este percurso. O meu muito obrigada pela compreensão, paciência, perseverança, pela sua serenidade e firmeza, e por conseguir com que nos momentos menos bons, eu continuasse a ver sempre o lado mais positivo das coisas.

Agradeço a todos os meus professores que participaram e colaboram neste estudo e também aos profissionais de saúde que permitiram com que a minha tese se concretizasse, nomeadamente ao Dr. Alberto, ao Dr. Barbosa e à Dr.<sup>a</sup> Celeste Pinto e também às minhas amigas enfermeiras Elizabeth, Marília e Graça.

O meu muito obrigada ao meu primo Hugo pelo apoio informático e também pela calma e boa disposição que sempre me transmitiu. Ao meu primo Bruno, pela sua participação, à minha prima Maria Adelina, o carinho e apoio na divulgação do meu estudo, à Joanhinha pela sua colaboração, e como médica, o incentivo que me deu.

À Fernanda Neto, à minha colega Ana, Rosália, Filipa e Carol, ao meu amigo Jorge, às minhas amigas Carla, Lucília, Helena, e a todos os meus amigos que me apoiaram e acreditaram sempre em mim.

Dedico esta tese à minha mãe, pelo apoio incondicional e por sempre acreditar em mim, pela força que sempre me transmitiu para eu realizar todos os meus sonhos, este em particular, um sonho de adolescente. Ao meu pai, que não estando presente fisicamente, onde estiver ficará muito orgulhoso de mim, pois, devido à sua partida antecipada, este meu sonho foi adiado, e, tal como a minha mãe, enquanto esteve presente caminhou sempre ao meu lado na concretização dos meus sonhos por acreditar que vale a pena sonhar, tal como ele cantava numa das suas canções preferidas, a *Pedra Filosofal de António Gedeão* “*Eles não sabem, nem sonham, que o sonho comanda a vida, que sempre que um homem sonha o mundo pula e avança como uma bola colorida entre as mãos de uma criança*”.

## Resumo

A orientação positiva para a vida, constructo que integra três dimensões teóricas relacionadas (otimismo, satisfação com a vida e autoestima), apesar de recente, tem vindo já a ser associado a níveis mais elevados de bem-estar e de realização. O autocontrolo, assim como a utilização de algumas estratégias de *coping*, também se tem revelado uma dimensão fundamental para uma adaptação com sucesso. A investigação com os profissionais de saúde tem incidido sobretudo nos fenómenos de stress e *burnout*, sabendo-se pouco sobre as dimensões promotoras de um funcionamento mais positivo.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo clarificar o papel das estratégias de *coping* e do autocontrolo na orientação positiva para a vida num grupo de profissionais de saúde.

Participaram neste estudo 135 profissionais de saúde, 86.7% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e 66 anos ( $M = 38.05$ ,  $DP = 11.33$ ), 40% dos quais são médicos, 36.3% psicólogos e 23.7% enfermeiros.

Foi administrado um inquérito *online* com as seguintes medidas: Questionário Sociodemográfico, a Escala de autocontrolo, a Escala de positividade e o *Brief COPE*. Os principais resultados obtidos demonstram que a orientação positiva para a vida se associa positiva e significativamente com os níveis de autocontrolo e com a utilização de estratégias de *coping* habitualmente consideradas mais adaptativas. Também se observou que os profissionais com níveis mais elevados de autocontrole recorrem menos a estratégias de *coping* consideradas desadaptativas. O autocontrolo, o *coping* focado na emoção e o *coping* evitante são preditores significativos de positividade, contrariamente ao *coping* focado no problema. Observaram-se ainda diferenças nos profissionais de saúde relativamente às estratégias de *coping* utilizadas.

São discutidos os resultados obtidos e destacadas as principais implicações para a prática clínica especificamente com os profissionais de saúde, e ainda sublinhadas algumas orientações para investigações futuras.

*Palavras-chave:* Positividade; estratégias de *coping*; autocontrolo

### Abstract

The positive orientation to life, construct that integrates three related theoretical dimensions (optimism, life satisfaction and self-esteem), although recent, has already been associated with higher levels of well-being and achievement. Self-control as well as the use of some coping strategies have also proved to be key dimension for successful adaptation. Research with health professionals has focused mainly on the stress and burnout phenomena, knowing little about the dimensions that promote a more positive functioning. In this sense, the present study aimed to clarify the role of coping strategies and self-control in the positive orientation to life in a group of health professionals.

A total of 135 health professionals, 86.7% females, aged between 24 and 66 years ( $M = 38.05$ ,  $DP = 11.33$ ), participated in this study, 40% of whom are doctors, 36.3% are psychologists and 23.7% nurses. An online survey was administered with the following measures: Demographic Questionnaire, Self-Control Scale, Positivity Scale and Brief COPE. The main results show that the positive orientation for life is positively and significantly associated with the levels of self-control and the use of coping strategies usually considered more adaptive. It was also observed that professionals with higher levels of self-control resort less to coping strategies considered to be maladaptive. Self-control, emotion-focused coping and avoidant coping are significant predictors of positivity, unlike problem-focused coping. Still observed differences in health professionals regarding the coping strategies used. The results obtained are discussed and highlighted the main implications for clinical practice specifically for healthcare professionals. Future research guidelines are also underline.

*Keywords:* Positivity; coping strategies; self-control

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	v
<b>Resumo</b> .....	vi
<b>Abstract</b> .....	vii
<b>Enquadramento Teórico</b> .....	1
Orientação Positiva para a Vida .....	2
<i>Coping</i> .....	3
Autocontrolo .....	6
<i>Coping</i> , Autocontrolo e Orientação Positiva para a Vida nos Profissionais de Saúde .....	9
<b>Método</b> .....	11
Participantes .....	11
Instrumentos .....	12
Procedimentos .....	13
Análise de Dados .....	14
<b>Resultados</b> .....	15
Análises Preliminares e Análises Descritivas dos Instrumentos .....	15
Testes de hipóteses .....	17
<b>Discussão</b> .....	21
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	26



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Características Sociodemográficas.....	12
<b>Tabela 2:</b> Diferenças na EAC, EPOS e no <i>Brief</i> COPE (BCOP).....	15
<b>Tabela 3:</b> Análises descritivas das Escalas de Autocontrolo (EAC), Orientação Positiva para a Vida (EPOS) e <i>Brief</i> COPE (BCOP).....	16
<b>Tabela 4:</b> Associações entre as variáveis envolvidas no estudo .....	18
<b>Tabela 5:</b> Valor preditivo do Autocontrolo e das Estratégias de <i>Coping</i> na Orientação Positiva para a Vida.....	19
<b>Tabela 6:</b> Diferenças no Autocontrolo (AC) e na Orientação Positiva para a Vida (OPV) em função da profissão.....	20
<b>Tabela 7:</b> Diferenças no <i>Brief</i> COPE (BCOP) em função da profissão.....	21

**Lista de Abreviaturas /Acrónimos**

**AC** - Autocontrolo

**BCOP** - *Brief* COPE

**EAC** - Escala de Autocontrolo

**EPOS** - Escala de Positividade

**IP** - *Internet Protocol*

**OPV** - Orientação Positiva para a Vida

**SPSS** - Statistical Program for Social Sciences v25.0

## Enquadramento teórico

A dimensão humana, com a sua complexa e fascinante mente, tem sido predominantemente estudada sob uma perspetiva psicopatológica, com a investigação a incidir sobretudo nos aspetos menos positivos do ser humano. Apesar desta tendência dominante, já no século passado, na década de 60, Abraham Maslow, Carl Rogers e outros psicólogos humanistas, procuraram trazer para a psicologia uma nova visão mais positiva do ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 alarga o conceito de saúde, passando a defini-la como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, e não somente como ausência de doença, como era vista até então (Scliar, 2007). A intervenção psicológica, em específico, começa também a privilegiar a promoção da saúde em detrimento da remediação da doença (Pais-Ribeiro, 1989).

Não obstante, é com a psicologia positiva que há uma mudança de paradigma relativamente à forma de olhar o ser humano, na medida em que esta passa a focar-se mais nos seus pontos fortes e virtudes, em vez das suas fraquezas e/ou patologias.

Para evidenciar a realidade da produção científica em Psicologia, Seligman e Csikszentmihalyi publicaram uma edição especial da *American Psychologist* em janeiro de 2000, na qual enfatizaram que a psicologia não produzia conhecimento suficiente sobre as virtudes e as potencialidades dos seres humanos. Salientaram ainda a necessidade de investigações sistemáticas nestes aspetos positivos, tais como, felicidade, bem-estar, criatividade, coragem, sabedoria e esperança, entre outros (Paludo & Koller, 2007).

Este novo paradigma da psicologia, para além de pretender estudar o ser humano na sua dimensão mais positiva, tem uma perspetiva mais visionária do indivíduo, pois olha para este como sendo fruto duma interação dinâmica entre aspetos positivos e negativos na medida em que a sua trajetória desenvolvimental não é linear (Nakamura, 2011). Desta forma, a psicologia positiva pode contribuir para que o ser humano, nos seus diferentes percursos, se direcione para um caminho mais positivo e adaptativo (Ferreira, 2011). Trata-se, portanto, de uma tentativa de impulsionar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais ampla e apreciativa quer das potencialidades, capacidades do ser humano, quer das suas motivações (Sheldon & King, 2001).

Algumas dessas variáveis positivas, tais como, a autoeficácia (Bandura, 1977), o locus de controlo (Wallston, & Wallston, 1978), a robustez (Kobasa, 1979), o *coping* (Folkman & Lazarus, 1980), o suporte social (Brodhead, et al, 1983); (Kessler, Price &

Wortman, 1985; Schwarzer, & Leppin, 1989; Singer, & Lord, 1984), ou o sentido interno de coerência (Antonovsky, 1984) apresentam já uma vasta produção científica. Há, no entanto, algumas variáveis “novas”, (e.g., o otimismo traço (Scheier, & Carver, 1987); o autocontrolo (Baumeister & Exline, 1999) ou a orientação positiva para a vida (Caprara, 2009), cujo estudo precisa ainda de ser aprofundado e as relações entre si melhor clarificadas.

### **Orientação Positiva para a Vida**

A orientação positiva para a vida é um constructo que integra três dimensões relacionadas entre si, nomeadamente, a satisfação com a vida, a autoestima e o otimismo. Desta forma, poder-se-á chamar de orientação positiva para a vida ou positividade ao conjunto que estes constructos partilham em comum.

Diversos estudos com estas dimensões (autoestima, satisfação com a vida e otimismo) têm vindo a demonstrar que estas contribuem significativamente para o bom funcionamento individual, pois da sua combinação resultam uma melhor saúde, trabalho bem-sucedido e relações interpessoais mais positivas (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Pessoas que possuem níveis elevados de autoestima parecem ser as que selecionam estratégias mais eficazes na obtenção dos seus objetivos, assim como, têm menos tendência para desistirem face aos obstáculos e adversidades. O otimismo, por sua vez, parece relacionar-se com níveis de depressão mais baixos, um melhor rendimento escolar, laboral e desportivo e ainda com uma melhor qualidade nas relações interpessoais (Seligman, 2011). Scheier e Carver (1993) sugeriram que o pensamento positivo é o cerne da confiança dos indivíduos no futuro, assim como ter uma orientação otimista para a vida tem um impacto positivo no bem-estar físico e psicológico. Kozma, Stone e Stones (2000) acerca da positividade, descreveram-na como um aspeto determinante geral, que predispõe bem-estar subjetivo, funcionando este, como um atributo que pode explicar, quer a variação, quer a estabilidade individual na felicidade, mesmo com as transformações ambientais. Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto e Suh (2000) também acerca da positividade, descreveram a mesma como uma propensão para avaliar aspetos da vida, em geral, como bons.

Os estudos acerca da orientação positiva para a vida são ainda recentes, mas têm sistematicamente demonstrado que existe uma forte relação entre estes constructos. Têm

vindo também a demonstrar a validade empírica do constructo, com as respectivas medidas e aplicabilidade terapêutica em diversos contextos, com diferentes grupos (Alessandri 2008, Alessandri, Tisak & Steca, 2009, Caprara 2009).

A orientação positiva surge como uma tendência disposicional que exerce uma influência predominante na forma como as pessoas olham para a vida, vendo-a com mais “cor” e compreendendo melhor os seus potenciais. Estudos recentes confirmam o papel crucial das crenças de autoeficácia na regulação dos afetos e das relações interpessoais, na medida em que podem contribuir para promover a orientação positiva dos indivíduos (Caprara, 2009).

Estudos longitudinais têm vindo a demonstrar a elevada estabilidade da orientação positiva ao longo do desenvolvimento (Alessandri, 2008, Caprara, Alessandri, Tisak & Steca, 2009). Estima-se ainda que o constructo da orientação positiva possa ser um fator forte na influência da afetividade positiva e da qualidade a nível de saúde e amizade, assim como, outros parâmetros de performance individual ótimo, quer no contexto escolar, quer no trabalho, para além de se associar negativamente com a depressão e afeto negativo (Alessandri, 2008; Caprara et al., 2009).

### **Coping**

Na última década, o interesse nos processos pelos quais as pessoas lidam com o stress cresceu consideravelmente. Todavia, grande parte dessa investigação acerca da análise dos conceitos, quer do stress, quer do *coping* têm o seu ponto de partida na década de 60 com Lazarus (1966). Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como “os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas internas ou externas que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa” (p.310). As exigências internas referem-se às reações emocionais ao acontecimento e as exigências externas ao acontecimento em si. Porém, as exigências em si ou as situações não são geradoras de stress, mas sim a forma como cada indivíduo avalia a situação. Por conseguinte, o fator determinante que conduz ao stress está dependente da avaliação subjetiva que o indivíduo faz da circunstância ou acontecimento. Neste sentido, perante circunstâncias indutoras de stress, o indivíduo faz a atribuição de um significado mediante processos de avaliação cognitiva, que podem ser percecionados como tendo consequências negativas ou positivas, e, desta forma o indivíduo pode avaliar a situação como ameaçadora (antecipação de fracasso), dano (perceção de perda, perigo) ou como um desafio (antecipação de ganhos)

(Lazarus & Folkman, 1984). Uma das propostas conceituais que melhor ajuda a compreender estes processos é o modelo transacional cognitivo, motivacional e relacional proposto por Lazarus (1991, 1999). Segundo este modelo a resposta de stress segue três etapas, nomeadamente, a avaliação primária, que corresponde às expectativas de resultados que um indivíduo espera encontrar em relação a um determinado tipo de acontecimento (avaliação subjetiva). A avaliação secundária é a avaliação que um indivíduo faz acerca dos recursos pessoais que possui, da perceção de controlo da situação e sentido de competência para lidar com o acontecimento. Nesta fase, o indivíduo decide que estratégias utilizar para lidar com a situação, precedendo à última fase, o *coping*, sendo este um processo de execução dessa resposta (Lazarus, 1991). Este modelo diferencia ainda as respostas focalizadas no problema (respostas dirigidas a um acontecimento externo), dirigido ao controle do stressor (para reduzir ou eliminar a sua pressão) e as respostas focalizadas na emoção (respostas de *coping* dirigidas às reações emocionais da pessoa ou ao seu estado interno), dirigido a controlar a resposta emocional associada ao stressor (Folkman & Lazarus, 1980). Quando o indivíduo sente que algo de construtivo pode ser feito, geralmente prevalece o *coping* focado no problema, pelo contrário, quando sente que o agente stressor tem tendência para permanecer, prevalece o *coping* focado nas emoções (Pais-Ribeiro, & Rodrigues, 2004). Quer o indivíduo utilize estratégias de *coping* focadas na emoção ou no problema, aquelas estão sempre sujeitas a uma avaliação da situação ou acontecimento por parte do indivíduo. Estes dois tipos de resposta (focadas na emoção ou no problema) são as principais estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas. As primeiras têm o papel de conseguir regular a resposta a nível emocional, e/ou diminuir os estados de ansiedade, mas não atuam de forma direta na situação ou acontecimento, enquanto que as estratégias focadas no problema, para além de reconhecerem e exporem o problema, geram respostas alternativas para depois escolher uma delas (Lazarus & Folkman, 1984).

Do ponto de vista de Folkman e Lazarus (1980), o *coping* é visto como um sistema dinâmico, que varia consoante a interação que desencadeia stress. Todavia, a literatura em torno do *coping* é bastante complexa e não existe na literatura consenso relativamente aos tipos de resposta e à consistência destas respostas. Alguns investigadores defendem que para além do *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção existe uma terceira estratégia, o designado *coping* de evitamento (Billings & Moos, 1981; Ridder & Schreurs,

1994). Esta última estratégia ocorre quando o indivíduo evita uma determinada situação ou acontecimento, em vez que tentar controlar o stressor ou então o seu estado emocional.

Para Carver, Scheier e Weintraub (1989) as pessoas têm uma série de estratégias de *coping* (planeamento; *coping* ativo; negação; abuso de substâncias; apoio emocional; apoio instrumental; desinvestimento comportamental; ventilação emocional; reavaliação positiva; humor; aceitação; religião e auto-culpabilização) que se conservam relativamente estáveis, mais do tipo traço, sendo transversais ao tempo e aos acontecimentos. Ou seja, segundo estes autores, de acordo com os aspetos da personalidade existem formas preferenciais de *coping* e, desta forma, as pessoas têm estilos de *coping*, configurando-se na utilização de um conjunto de estratégias que são mais ou menos estáveis ao longo do tempo. No entanto, os estudos acerca da estabilidade ou consistência na utilização das estratégias de *coping* face aos diferentes acontecimentos têm revelado que as pessoas são mais variáveis do que consistentes (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Folkman & Lazarus, 1980). Os dados da investigação até ao momento não parecem ser suficientemente consensuais para determinar a influência dos fatores quer disposicionais, quer situacionais do *coping*, impossibilitando desta forma conseguir-se melhores previsões acerca do seu desenvolvimento (Antoniuzzi, Dell'Aglia, Dalbosco & Bandeira, 1998).

Segundo Holahan e Moos (1987) quando estamos perante determinada situação stressante, o *coping* poderá funcionar como um fator adaptativo nesses momentos geradores de stress. Estes autores sustentam que os atributos da personalidade, os fatores ligados ao contexto, assim como, os fatores sociodemográficos, nomeadamente, o nível socioeconómico ou a educação influenciam o *coping*. Folkman e Moskowitz (2000) acrescentam que o *coping*, para além da regulação do distress (representa condições de stress desgastantes que produzem sofrimento ao indivíduo), tem inúmeras funções, como por exemplo a gestão dos problemas que provocam o distress; é influenciado pela avaliação que nós fazemos das características das situações de stress, incluindo a forma de o controlar, e, por fim, o *coping* é influenciado pelas características de personalidade, englobando o neuroticismo, a extroversão e o otimismo, assim como é influenciado pelos recursos sociais.

A investigação acerca do *coping* na década de 90 incidiu mais nos efeitos do *coping* na saúde dos indivíduos. Quando o ser humano utiliza um *coping* ajustado a uma determinada situação, este por sua vez, conduz a uma adaptação apropriada. Por conseguinte, desta manifestação em termos de adaptação, surge o bem-estar, o

funcionamento social e a saúde somática (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985). Scheier e Carver (1985) nos seus estudos acerca do otimismo, *coping* e saúde constataram que os indivíduos otimistas lidam melhor com as circunstâncias da vida e têm estratégias de *coping* mais adaptativas na forma de lidar com a adversidade, comparativamente com os pessimistas.

No âmbito da saúde, poder-se-á dizer que, quer a psicologia positiva, quer a psicologia da saúde manifestam-se também no *coping* da doença, e podem em conjunto, contribuir na prevenção da doença, particularmente na promoção da saúde, dando relevância aos aspetos salutareos do ser humano (Calvetti, Muller & Nunes, 2007). Da mesma forma que a utilização de bons recursos para lidar com o stress do dia-a-dia, nomeadamente as pessoas adotarem estratégias de *coping* mais adaptativas conduzem a uma melhor saúde, também em relação aos acontecimentos das suas vidas, as pessoas que sentem que possuem mais controlo face aos mesmos, para além, de não estarem tão predispostas a níveis de ansiedade nem a sintomas depressivos, evidenciam melhores resultados em termos de saúde (Baumeister, 1993; Greenberg, et al., 1992; Kernis, 2003).

Estudos mais recentes demonstram ainda, que os indivíduos com maior satisfação com a vida têm níveis de autocontrolo mais elevados, havendo uma ligação mediada pelo *coping* positivo, ou adaptativo. Isto indica que há uma associação positiva da satisfação com a vida, melhor autocontrolo e *coping* positivo (Li, Delvecchio, Lis, Nie & Di Riso, 2016).

### **Autocontrolo**

No final do século XIX, Oscar Wilde citado por Baumeister e Tierney (2011) escreveu a seguinte frase “*Posso resistir a tudo exceto à tentação*” (p. 5).

Será que hoje em dia fará sentido vermos o autocontrolo como algo que é independente da nossa vontade fazendo-nos cair em tentação ou, pelo contrário, é algo que poderemos aprender ou treinar?

Primordialmente, o autocontrolo era denominado de “músculo moral” por refletir, quer o controlo dos impulsos, quer o comportamento social considerado adaptado (Baumeister & Exline, 1999).

Muitas vezes o autocontrolo é citado na sabedoria popular como sinónimo de “força de vontade”, que pode ou não ter um limite. Contudo, após várias pesquisas efetuadas por Baumeister, Heatherton e Tice (1994) acerca da energia do autocontrolo



propuseram que o autocontrole depende sim duma energia, mas que esta é limitada. Por conseguinte, de acordo com estes autores, ações anteriores de autocontrole diminuem a energia para ações posteriores. A partir deste pressuposto surgiu o Modelo Força do Autocontrole que preconiza que, quando os indivíduos exercem uma ação de autocontrole, o seu desempenho piorará nas tarefas de autocontrole subsequentes, por causa da diminuição desta energia (Baumeister & Exline, 1999).

Atualmente, o conceito de autocontrole é definido como sendo o processo de selecionar um comportamento consistente que é baseado em valores que perspetivam um determinado objetivo, ou seja, o autocontrole pode ser visto como uma escolha, uma forma de tomada de decisões que é baseada em valores subjetivos, através dum processo de interação dinâmica. Estes mesmos valores podem explicar nomeadamente determinados comportamentos, assim como, dados neurocientíficos relevantes, como ganhos, quer de dinheiro, quer de aprovação social (Berkman, Hutcherson, Livingston, Kahn & Inzlicht, 2017). Também as diferenças individuais no controlo cognitivo e atencional podem influenciar o autocontrole.

Pesquisas recentes apontam que o autocontrole envolve gastos de alguns recursos limitados (Baumeister & Exline, 1999). Por conseguinte, os estudos acerca do “esvaziamento do ego”, designação dada ao estado temporário de diminuição da energia, dos recursos de autocontrole, propõem que o recurso dos participantes aquando do exercício do autocontrole se esgota temporariamente nas tarefas seguintes. Isto foi comprovado por outros dois estudos laboratoriais (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998), em que foi demonstrado que os participantes que apenas realizaram a última tarefa tiveram um melhor desempenho de autocontrole do que aqueles que se envolveram em tarefas anteriores de autocontrole (Baumeister et al., 1998).

No entanto, diversos estudos demonstram que os recursos do autocontrole não se esgotam completamente e que existem muitas estratégias para ultrapassar os efeitos do esvaziamento do ego. Por exemplo, a expectativa de realizar mais tarefas de autocontrole, como é sugerido por Muraven, Shmueli e Burkley (2006).

Outros estudos sugerem que o autocontrole, implicando este uma ação, requer energia, e, para isso necessita da glicose, sendo esta um recurso limitado. Ações relativamente pequenas de autocontrole são suficientes para esgotar o fornecimento disponível de glicose, prejudicando, desta forma, o controlo do pensamento e do comportamento, pelo menos até que o corpo possa recuperar (Gailliot et al., 2007).

Cada vez mais o autocontrolo tem atraído a atenção dos psicólogos, principalmente por dois motivos. A nível teórico o autocontrolo contribui com explicações importantes para a compreensão da natureza e das funções do eu. Além disto, muitos estudos focados nas aplicações práticas do autocontrolo em diversos contextos começaram a suscitar interesse, no sentido em que o autocontrolo permite que uma pessoa contenha ou substitua uma resposta podendo, desta forma, dar uma resposta diferente, por ventura mais adaptativa.

A investigação tem revelado que as pessoas que têm níveis de autocontrolo mais elevados, organizam melhor as suas vidas, utilizando este recurso para desenvolverem rotinas e hábitos eficazes nos diversos contextos. Desta forma, possuem uma maior capacidade de organização, manifestando uma vida com menos stress, podendo assim, disponibilizar de mais tempo para terminarem projetos e alcançarem metas (Baumeister & Tierney, 2011). Também tem sido positivamente associado a melhor saúde física e psíquica, segurança financeira, sucesso académico e relações pessoais mais estáveis (Frieze et al., 2017).

Pelo contrário, níveis baixos de autocontrolo têm sido associados a problemas comportamentais, assim como de controlo de impulsos, incluindo excesso de consumos, de gastos, abuso de drogas e álcool, tabagismo, gravidez indesejada, comportamento sexualmente impulsivo, crime e violência, (Baumeister et al., 1994; Tangney, Baumeister & Boone, 2004; Vohs & Faber, 2007). Tem sido associado ainda a problemas emocionais como a falta de persistência, várias falhas no desempenho das tarefas, no contexto escolar e ainda a problemas de relacionamento interpessoal (Baumeister, Vohs & Tice, 2007).

Em contextos específicos, como por exemplo no desporto, os resultados obtidos têm sugerido que indivíduos que percecionam as situações como menos ameaçadoras e mais desafiantes são aqueles que têm maior capacidade de autocontrolo (Cruz, Sofia, Osório, Valente, & Silva, 2013). Noutro estudo, também em desporto, os resultados demonstraram que os indivíduos que apresentavam níveis de ansiedade competitiva mais baixos, e que olhavam para a competição como menos ameaçadora, eram os que tinham níveis mais elevados de autocontrolo. Eram também aqueles que recorriam menos a estratégias de *coping* menos adaptativas (Simões, 2015).

Para além disto, numa meta-análise recente de Frieze, Frankenbach, Jov e Loschelder (2017) acerca da possibilidade de se treinar o autocontrolo, demonstraram que o autocontrolo está positivamente associado a vários resultados que são benéficos,

nomeadamente, a nível de boa saúde física e psíquica, segurança financeira, sucesso académico e relações pessoais estáveis. Posto isto, o treino do autocontrolo feito de forma consistente e repetida deve levar a bons resultados, conseguindo-se assim, um bom autocontrolo com todos os benefícios que daí advêm.

### **Coping, Autocontrolo e Orientação Positiva para a Vida nos Profissionais de Saúde**

Os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, médicos e psicólogos têm um papel extremamente importante no desenvolvimento e adaptação dos indivíduos, na medida em que contribuem para a promoção da sua saúde e bem-estar geral, para além da responsabilidade social que lhes é atribuída. O interesse pelo estudo desses profissionais justifica-se pela natureza dos serviços que prestam, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde e na vida dos indivíduos. O estado de saúde mental destes profissionais torna-se, desta forma, particularmente decisivo, uma vez que poderá ter um efeito decisivo na vida de outros.

O stress ocupacional e o *burnout* nos profissionais da saúde, em particular em enfermeiros e médicos, tem sido a principal problemática de investigação com estes profissionais tanto na investigação nacional (Ribeiro, Gomes, Silva, 2010, & Machado 2013), como internacional (Lim J., Bogossian & Ahern, 2010; Payne, 2001). O facto destes profissionais estarem diariamente expostos a múltiplos stressores ambientais (e.g., trabalho por turnos, alterações organizacionais, sobrecarga laboral, conflito de papéis), pode contribuir para que apresentem problemas de exaustão emocional, de saúde física, assim como, baixa satisfação e realização profissional, interferindo e prejudicando o seu funcionamento positivo (Charles & Almeida, 2007; Machado, 2013).

Estudos nacionais demonstraram uma maior tendência para problemas de stress ocupacional nas mulheres, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência profissional, nos solteiros, nos profissionais que exercem funções em centros de saúde, nos profissionais com situações contratuais mais instáveis, nos que realizam trabalho por turnos rotativos, nos que trabalham mais horas e nos enfermeiros, comparativamente aos médicos (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Silva & Gomes, 2009).

Todavia, e apesar dos múltiplos stressores externos a que estão expostos, muitos destes profissionais não apresentam níveis de *burnout* muito elevados (caracterizado por alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional) o que

poderá significar, que face a estas exigências têm estratégias de *coping* para lidar com as situações de stress (Machado, 2013; Payne, 2001). Aliás, as estratégias de *coping* utilizadas parecem ser preditores mais fortes de *burnout* do que os stressores ambientais ou variáveis sociodemográficas (Payne, 2001). As estratégias de autocontrolo, *coping* de procura de apoio e *coping* ativo são algumas das estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros australianos (Lim et al., 2010). Já a utilização do *coping* de evitamento parece relacionar-se positivamente com níveis mais elevados de perturbação de humor (Healy & McKay, 2008).

Já os estudos com profissionais da psicologia são bastante mais escassos. Num estudo realizado com psicólogos clínicos que pretendia avaliar as estratégias de *coping* mais utilizadas, assim como os fatores e níveis de stress, constatou-se ausência de stress elevado, na medida em que as estratégias de *coping* utilizadas eram adaptativas, não só pelo conhecimento prévio dos agentes causadores de stress, mas também pelo know-how e pelas competências adquiridas para o exercício da profissão como psicólogo (Sanzovo & Coelho, 2007). Noutro estudo verificou-se, que perante as situações de stress, o facto de os psicólogos utilizarem preferencialmente estratégias de *coping* focadas no problema, do que estratégias de *coping* de evitamento, teve repercussões positivas na sua saúde e bem-estar (Ribeiro, 2002).

Vimos anteriormente que a orientação positiva para a vida, o autocontrolo e as estratégias de *coping* utilizadas são dimensões fundamentais para o funcionamento positivo e adaptativo dos indivíduos. Não obstante, não encontramos na literatura estudos que explorem as relações entre estas três dimensões, e com este grupo de profissionais em específico. Baseados em evidências prévias de que as estratégias de *coping* e o autocontrolo relacionam-se com indicadores de funcionamento desadaptativo (e.g., *burnout*, stress percebido, exaustão emocional, despersonalização), com este estudo pretende-se explorar as relações destas variáveis com indicadores de funcionamento positivo. Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo clarificar as relações entre a orientação positiva para a vida, o autocontrolo e a utilização de estratégias de *coping* num grupo de profissionais de saúde constituído por psicólogos, médicos e enfermeiros.

Estabelecemos como hipóteses para este estudo:

- *Que a orientação positiva e o autocontrolo se associem positiva e significativamente com a utilização de estratégias de coping mais adaptativas nos profissionais de saúde.*

- *Que o autocontrolo e as estratégias de coping sejam preditores de uma maior orientação positiva para a vida.*

De forma exploratória pretendemos ainda analisar as diferenças entre estes grupos de profissionais no que diz respeito aos níveis de orientação positiva para a vida, autocontrolo, estratégias de *coping* utilizadas e a perceção de eficácia das estratégias utilizadas.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram neste estudo 135 indivíduos com idades compreendidas entre os 24 e os 66 anos, sendo a média de idades de 38.05 ( $DP = 11.33$ ), dos quais 117 são do sexo feminino (86.7 %).

Relativamente à formação universitária, 37% dos participantes têm licenciatura, 57% o mestrado e 5.9% o doutoramento. No que diz respeito à sua atividade profissional, 54 (40%) são médicos, 49 (36.3%) psicólogos e 32 (23.7%) são enfermeiros.

Quanto à motivação face ao exercício da sua profissão, do total dos participantes, 16 (11.9%) relatam não estar motivados para a sua profissão. Analisando cada categoria profissional, 25% dos enfermeiros relatam insatisfação, os psicólogos 14% e os médicos 2%. Os principais motivos referidos são os baixos salários, a falta de reconhecimento por parte dos seus superiores hierárquicos, horário de trabalho excessivo e condições precárias de trabalho.

**Tabela 1.** *Características Sociodemográficas da amostra total (N = 135)*

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Amplitude</i>
Idade	135	100.00	38.05	11.33	24-66
Sexo					
Feminino	117	86.7			
Masculino	18	13.3			
Estado Civil					
Solteiro	56	41.5			
Casado	46	34.1			
União de Facto	19	14.1			
Divorciado	13	9.6			
Viúvo	1	0.7			
Grau de Escolaridade					
Licenciatura	50	37.0			
Mestrado	77	57.0			
Doutoramento	8	5.9			
Anos de atividade profissional	135		12.97	11.56	0-42
Motivação para o exercício da profissão					
Estão motivados(s)	119	88.1			
Não estão motivados(as)	16	11.9			

## Instrumentos

### Questionário sociodemográfico.

Constituído por treze questões onde se questiona os participantes acerca da idade, sexo, estado civil, escolaridade, cidade onde vive, profissão atual, especialidade, local de trabalho e motivação para o exercício da profissão e os principais motivos, caso não estejam motivados.

**Escala de autocontrolo (self-control scale) (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004; Cruz, 2011).**

Esta escala tem por objetivo avaliar as diferenças individuais no traço de autocontrolo. É constituída por 13 itens, com 5 níveis de resposta tipo *Likert*, em que o “1”

corresponde a “Nada” e “5” corresponde a “Muito”. A pontuação total é feita mediante o somatório de todos os itens, cujos valores podem variar entre o mínimo de 13 e o máximo de 65 pontos. Pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de autocontrolo.

**Escala de positividade (Positivity Scale) (Caprara, Alessandri et al., 2012; Cruz, 2012; Cruz & Ferreira, 2012, 2013).**

É constituída por 8 itens e utiliza a uma escala tipo *Likert*, com 5 níveis de resposta, desde “*Discordo totalmente*” a “*Concordo totalmente*”. O somatório de todos os itens permite obter o score total da escala, e os valores podem oscilar entre 8 e 40 pontos. Quanto mais elevado o score obtido maior a orientação positiva para a vida.

**Brief COPE (Carver, 1997; Cruz, 2003; Dias, Fonseca & Cruz, 2009).**

O BCOP é constituído por 14 subescalas de dois itens cada, perfazendo um total de 28 itens. Avalia os estilos e as estratégias de *coping* utilizados pelas pessoas. É constituído por 28 itens, com 4 níveis de resposta, numa escala tipo *Likert*, desde “*Nunca utilizo*” a “*Utilizo muitas vezes*”. As subescalas que fazem parte deste instrumento, são nomeadamente: o planeamento; *coping* ativo; negação; abuso de substâncias; apoio emocional; apoio instrumental; desinvestimento comportamental; ventilação emocional; reavaliação positiva; humor; aceitação; religião, auto-culpabilização e auto-distração. O somatório dos itens de cada subescala permite obter o “*score*” de cada subescala, cujos valores podem oscilar entre 2 e 8 pontos. Estas subescalas podem ainda ser agrupadas em três grandes estratégias de *coping* mais gerais: a) *coping* focado na emoção que integra oito estratégias (apoio emocional, ventilação emocional, reavaliação positiva, humor, aceitação, religião, abuso de substâncias e auto-culpabilização); b) *coping* focado no problema que integra três estratégias (planeamento, *coping* ativo e apoio instrumental); c) *coping* evitante que agrupa duas estratégias (negação e desinvestimento comportamental) (Wilson, Pritchard & Revalee, 2005).

## **Procedimentos**

Para o presente estudo foi construído um inquérito *online* para a recolha de dados dos participantes. Estabeleceram-se como critérios de inclusão ser médico, enfermeiro ou psicólogo no ativo a residir em Portugal. O inquérito *online* esteve disponível entre abril e agosto de 2018 no Google *Forms*. O formulário disponibilizado era constituído por 6

secções, sendo a primeira o consentimento informado, seguindo-se o questionário sociodemográfico e os restantes instrumentos descritos anteriormente, cujo tempo de resposta era de aproximadamente 10 minutos.

Não se forneceu qualquer compensação pela participação. Foi garantido aos participantes o total anonimato das respostas, dado que não foram questionadas informações que diretamente podiam identificar o participante (e.g., nome ou e-mail), assim como também não foram recolhidas informações sobre o endereço IP nem outro dado de identidade informática. Os participantes foram recrutados através de contactos formais e informais com profissionais de saúde. Os contactos informais foram presenciais, como ida a alguns centros de saúde e clínicas; contactos telefónicos, mensagens e emails e foi utilizado o método bola de neve em que uns profissionais indicaram outros que potencialmente poderiam participar no estudo.

Para garantir a qualidade dos dados, foram aplicados procedimentos de proteção contra amostras potencialmente enviesadas, como a inclusão de itens de validade como ‘Assinale a opção ‘Concordo Completamente’ e ‘Assinale a resposta ‘Utilizo algumas vezes’, com o objetivo de identificar respostas ao inquérito dadas potencialmente ao acaso ou com baixo nível de atenção e/ou esforço.

Posteriormente à recolha de dados, foram efetuados procedimentos de limpeza de dados. Assim, foram eliminados participantes que: (1) não cumpriram os critérios de inclusão; (2) responderam incorretamente aos itens de controlo; (3) respostas duplicadas.

A amostra inicial deste estudo foi de 144 participantes, no entanto, após estes procedimentos de limpeza de dados, a amostra final é composta por 135 participantes.

### **Análise de Dados**

Recorreu-se ao programa IBM® SPSS® versão 25.0 para realizar as análises estatísticas. No sentido de se testarem as hipóteses e determinar os testes a usar, procedeu-se à avaliação da normalidade das distribuições e homogeneidade da variância.

Assim, após se verificar que os pressupostos para utilização de testes paramétricos estavam presentes, recorreu-se à sua utilização.



## Resultados

### Análises Preliminares e Análises Descritivas dos Instrumentos

Análises preliminares, recorrendo a testes de diferenças univariadas (*t-test*) para testar a existência de diferenças significativas nas variáveis em estudo em função do sexo, evidenciaram não existir diferenças significativas na EAC ( $t(133) = -.271, p = .787$ ), na EPOS ( $t(133) = .398, p = .691$ ), e nas várias subescalas do BCOP: Planeamento ( $t(133) = .695, p = .488$ ); *Coping* Ativo ( $t(133) = -.275, p = .784$ ); Negação ( $t(133) = .249, p = .804$ ); Abuso de Substâncias ( $t(133) = .173, p = .863$ ); Apoio Emocional ( $t(133) = -.432, p = .667$ ); Apoio Instrumental ( $t(133) = -.046, p = .963$ ); Desinvestimento Comportamental ( $t(133) = .682, p = .496$ ); Ventilação Emocional ( $t(133) = .130, p = .897$ ); Reavaliação Positiva ( $t(133) = .244, p = .807$ ); Humor ( $t(133) = .652, p = .516$ ); Aceitação ( $t(133) = .590, p = .557$ ); Religião ( $t(133) = .239, p = .812$ ) e Auto-culpabilização ( $t(133) = -.492, p = .624$ ) (ver tabela 2). Estando assim garantido que a variável sexo não produz um efeito significativo, todos os participantes foram incluídos nas análises seguintes.

**Tabela 2.** Diferenças na EAC, EPOS e no Brief COPE (BCOP) em função do sexo

	Feminino (n = 117) <i>Média (DP)</i>	Masculino (n = 18) <i>Média (DP)</i>	<i>T</i> (133)
<b>EAC</b>	46.80 (6.74)	47.28 (8.00)	-.271
<b>EPOS</b>	31.44 (4.46)	31.00 (4.08)	.398
<b>BCOP</b>			
Planeamento	6.57 (1.05)	6.39 (0.98)	.695
<i>Coping</i> Ativo	6.92 (1.09)	7.00 (1.19)	-.275
Negação	3.08 (1.23)	3.00 (1.19)	.249
Abuso de Substâncias	2.32 (0.91)	2.28 (0.67)	.173
Apoio Emocional	5.61 (1.56)	5.78 (1.56)	-.432
Apoio Instrumental	5.65 (1.45)	5.67 (1.53)	-.046
Desinv. Comportamental	3.09 (1.20)	2.89 (1.13)	.682
Ventilação Emocional	5.49 (1.34)	5.44 (.98)	.130

Reavaliação Positiva	6.52 (1.28)	6.44 (0.98)	.244
Humor	5.79 (1.48)	5.56 (1.20)	.652
Aceitação	6.55 (1.09)	6.39 (0.78)	.590
Religião	4.39 (1.93)	4.28 (1.81)	.239
Auto-culpabilização	4.99 (1.34)	5.17 (1.79)	-.492
Auto-distração	4.92 (1.42)	5.17 (.99)	-.701

---

\*  $p < .05$     \*\*  $p < .01$     \*\*\*  $p < .001$

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis psicológicas incluídas no presente estudo. Em relação às estratégias de *coping* mais utilizadas destacam-se a de *coping* ativo ( $M = 6.93$ ) e o planeamento ( $M = 6.55$ ), sendo a de abuso de substâncias a menos reportada pelos participantes ( $M = 2.31$ ), seguida pelo desinvestimento comportamental ( $M = 3.07$ ) e negação ( $M = 3.07$ ).

**Tabela 3.** *Análises descritivas das Escalas de Autocontrolo (EAC), Orientação Positiva para a Vida (EPOS) e Brief COPE (BCOP)*

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Amplitude</i>
<b>EAC</b>	135	100	46.87	6.89	32-62
<b>EPOS</b>	135	100	31.39	4.40	10-39
<b>BCOP</b>					
Planeamento	135	100	6.55	1.04	2-8
<i>Coping</i> Ativo	135	100	6.93	1.10	2-8
Negação	135	100	3.07	1.22	2-7
Abuso de Substâncias	135	100	2.31	0.88	2-8
Apoio Emocional	135	100	5.63	1.56	2-8
Apoio Instrumental	135	100	5.65	1.45	2-8
Desinvest. Comportamental	135	100	3.07	1.19	2-6
Ventilação Emocional	135	100	5.48	1.29	2-8
Reavaliação Positiva	135	100	6.51	1.24	3-8
Humor	135	100	5.76	1.45	2-8
Aceitação	135	100	6.53	1.06	3-8
Religião	135	100	4.38	1.90	2-8
Auto-culpabilização	135	100	5.01	1.40	2-8
Auto-distração	135	100	4.96	1.37	2-8

## Testes de hipóteses

Foram calculadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* as associações entre os níveis de autocontrolo, os níveis de orientação positiva para a vida, as estratégias de *coping* utilizadas, a percepção de eficácia de utilização das estratégias de *coping*, a idade e os anos de prática profissional.

Como se pode observar na tabela 4, em relação à hipótese “*espera-se que a orientação positiva para a vida se associe de forma positiva com níveis mais elevados de autocontrolo*”, verifica-se que a orientação positiva para a vida, associa-se positiva e significativamente com os níveis de autocontrolo ( $r = .239, p = .005$ ) e com as estratégias de *coping* de planeamento ( $r = .371, p = .000$ ), bem como de *coping* ativo ( $r = .553, p = .000$ ). Associa-se também positivamente com o apoio emocional ( $r = .219, p = .011$ ), com a reavaliação positiva ( $r = .551, p = .000$ ), com o humor ( $r = .238, p = .005$ ), a aceitação ( $r = .335, p = .000$ ) e a religião ( $r = .272, p = .001$ ) e a ventilação emocional ( $r = .264, p = .002$ ).

Associa-se também significativamente, mas de forma negativa, com as estratégias de *coping* de negação ( $r = -.172, p = .046$ ) e com o desinvestimento comportamental ( $r = -.205, p = .017$ ) e com a auto-culpabilização ( $r = -.228, p = .008$ ).

A análise dos coeficientes da Correlação de *Pearson* revela ainda a existência de correlações positivas e significativas entre o autocontrolo e as estratégias de *coping* de planeamento ( $r = .291, p = .001$ ), assim como, com o *coping* ativo ( $r = .286, p = .001$ ) e com a reavaliação positiva ( $r = .220, p = .010$ ).

O autocontrolo associa-se também significativamente, mas de forma negativa, com as estratégias de *coping* de negação ( $r = -.180, p = .037$ ), com o desinvestimento comportamental ( $r = -.228, p = .008$ ) e com a auto-culpabilização ( $r = -.214, p = .013$ ).

Adicionalmente, em relação à idade, esta correlaciona-se positivamente e significativamente com os anos de atividade profissional ( $r = .884, p = .000$ ) e com a percepção de eficácia das estratégias de *coping* utilizadas ( $r = .185, p = .032$ ).

Tabela 4. Associações entre as variáveis envolvidas no estudo

VARIAVEL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Idade	—																		
2. Anos atividade Prof.	.884***	—																	
3. EAC	.072	.024	—																
4. EPOS	-.040	-.053	.239**	—															
5. Planejamento	-.026	.002	.291**	.371***	—														
6. Coping Ativo	.024	.024	.286**	.553***	.585***	—													
7. Negação	.007	.045	-.180*	-.172*	.059	-.130	—												
8. Abuso de Substâncias	.032	.001	-.164	-.144	.024	-.164	.204*	—											
9. Apoio Emocional	-.164	-.127	-.110	.219*	.181*	.246**	.013	-.183*	—										
10. Apoio Instrumental	-.122	-.063	-.134	.147	.300***	.279**	.081	-.090	.777***	—									
11. Desinv. Comp.	-.130	-.053	-.228**	-.205*	-.048	-.088	.287**	.131	.179*	.152	—								
12. Ventilação Emocional	-.069	-.030	-.064	.264***	.351***	.290**	.093	-.133	.460***	.512***	.159	—							
13. Reavaliação Positiva	-.052	-.056	.220*	.551***	.302***	.507***	-.137	-.278**	.079	-.037	-.079	.171*	—						
14. Humor	-.048	-.106	-.113	.238**	.156	.252**	.001	-.218*	.106	.127	.183*	.125	.468***	—					
15. Aceitação	-.151	-.117	.132	.335***	.482***	.511***	-.155	-.170*	.287**	.242**	.133	.223**	.386***	.316***	—				
16. Religião	.145	.174*	.048	.272**	.286**	.219*	.192*	.135	.141	.159	.009	.147	.190*	-.065	.186*	—			
17. Auto culpabilização	.025	.081	-.214*	-.228**	.168	-.062	.218*	.154	.163	.292**	.300***	.058	-.258**	.050	-.030	.034	—		
18. Auto distração	-.27	.041	-.156	-.136	.179*	.013	.279**	.198*	.038	.142	.190*	.105	-.052	.074	.063	.101	.280**	—	
19. Perc. Eficácia BCOP	.185*	.172*	.032	.080	.122	.044	.016	.015	-.012	.005	-.012	.070	-.044	.061	.072	.115	.069	.073	—

\*  $p < .05$ \*\*  $p < .01$ \*\*\*  $p < .001$

Com o objetivo de testar a hipótese “*Espera-se que o autocontrole e as estratégias de coping sejam preditores de positividade*” realizou-se uma análise de regressão. Após se verificar que todos os pressupostos subjacentes à utilização deste teste estatístico estavam cumpridos, procedeu-se à análise dos resultados. Como se pode observar na Tabela 5, este modelo de regressão é significativo,  $F(4, 130) = 17.02$ ,  $p = .000$ , e explica 34,4% da variância ( $R^2_{ajustado} = .32$ ), o que equivale a dizer que as variáveis preditoras consideradas permitem prognosticar a orientação positiva para a vida. Os preditores significativos são o autocontrole,  $p = .018$ , o *coping* focado na emoção,  $p = .000$  e o *coping* evitante,  $p = .000$ . Já o *coping* focado no problema não é um preditor significativo de positividade,  $p = .266$ .

**Tabela 5.** Valor preditivo do Autocontrole e das Estratégias de Coping na Orientação Positiva para a Vida (OPV) ( $n=135$ )

Variáveis	$\beta$	SE	Beta Stand.	T
Autocontrole	.112	.048	.175	2.31*
Coping focado na emoção	.359	.092	.414	3.91***
Coping focado no problema	.212	.167	.132	1.27
Coping evitante	-.674	.174	-.295	-3.87***
Df	4, 130			
F	17.02***			
R <sup>2</sup>	34.4			

\* $p < .05$     \*\* $p < .01$     \*\*\* $p < .001$

Por fim, com o objetivo de explorar as diferenças entre os três grupos profissionais, psicólogos, médicos e enfermeiros relativamente aos níveis de orientação positiva para a vida, autocontrole e estratégias de *coping* utilizadas efetuaram-se testes de diferenças univariadas e multivariadas.

Teste de diferenças univariadas (*One-way ANOVA*) para explorar as diferenças relativamente ao auto-controlo, revelou a existência de diferenças significativas  $F(2,134) = 4.55$ ,  $p = .012$ . Testes *Post'Hoc* de Gabriel mostram que os psicólogos têm níveis de autocontrole significativamente maiores do que os médicos,  $p = .010$  (ver Tabela 6). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas comparativamente aos enfermeiros.

Relativamente à orientação positiva para a vida, o teste de diferenças univariadas (*One-way ANOVA*) não encontrou diferenças significativas em função da profissão  $F(2,132) = 2.45, p = .09, n.s.$

**Tabela 6.** *Diferenças no Autocontrolo (AC) e na Orientação Positiva para a vida (OPV) em função da profissão.*

	Profissão			<i>F</i>
	Psicólogos	Médicos	Enfermeiros	
	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 54	<i>n</i> = 32	(2,134)
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
<b>AC</b>	49.06 (6.43)	45.09 (6.30)	46.50 (7.74)	4.55*
<b>OPV</b>	32.10 (4.15)	30.37 (5.00)	32.00 (3.36)	2.45

\* $p < .05$     \*\* $p < .01$     \*\*\* $p < .001$

De seguida, para analisar as diferenças nos três grupos relativamente à utilização das estratégias de *coping*, verificou-se que a profissão produz um efeito multivariado significativo  $F(28,238) = 1.78, p = .012, Wilk's Lambda = .684$ . Análises univariadas (ver Tabela 7) revelam diferenças significativas nas estratégias de desinvestimento comportamental,  $F(2,135) = 3.37, p = .037$ ; reavaliação positiva,  $F(2,135) = 3.96, p = .021$  e auto-culpabilização  $F(2,135) = 7.61, p = .001$ . Testes *Post'Hoc* de Gabriel mostram que os médicos utilizam significativamente mais a estratégia de desinvestimento comportamental comparativamente com os psicólogos,  $p = .037$ ; os psicólogos usam mais do que os médicos a estratégia de reavaliação positiva  $p = .021$ ; e os médicos e os enfermeiros usam significativamente mais a estratégia de auto-culpabilização em comparação com os psicólogos,  $p = .001$ .

**Tabela 7.** *Diferenças no Brief Cope (BCOP) em função da profissão.*

	Profissão			
	Psicólogos	Médicos	Enfermeiros	F
	n = 49	n = 54	n = 32	(2,135)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
BCOP				
Planeamento	6.71 (1.02)	6.52 (1.09)	6.34 (.97)	1.27
Coping Ativo	7.14 (.98)	6.70 (1.25)	7.00 (0.95)	2.16
Negação	3.02 (1.23)	3.09 (1.17)	3.09 (1.30)	.55
Abuso de substâncias	2.37 (1.09)	2.31 (0.77)	2.22 (0.66)	.28
Apoio Emocional	5.43 (1.61)	5.96 (1.48)	5.38 (1.56)	2.10
Apoio Instrumental	4.39 (1.26)	5.99 (1.56)	5.50 (1.48)	2.43
Desinv. Comportamental	2.76 (1.03)	3.35 (1.35)	3.06 (1.01)	3.37*
Ventilação Emocional	5.37 (1.30)	5.72 (1.22)	5.25 (1.37)	1.66
Reavaliação Positiva	6.90 (1.05)	6.26 (1.26)	6.34 (1.36)	3.96*
Humor	5.78 (1.54)	5.85 (1.48)	5.59 (1.24)	.32
Aceitação	6.41 (1.12)	6.59 (1.05)	6.59 (.98)	.47
Religião	4.67 (2.00)	4.00 (1.80)	4.56 (1.87)	1.83
Auto-culpabilização	4.43 (1.06)	5.43 (1.55)	5.22 (1.34)	7.61**
Auto-distração	4.78 (1.39)	5.09 (1.46)	5.00 (1.19)	.706

\* $p < .05$     \*\* $p < .01$     \*\*\* $p < .001$

## Discussão

Este estudo, fundamentado no âmbito da psicologia positiva, pretende contribuir para uma melhor compreensão do papel que os processos autorregulatórios têm na orientação positiva para a vida de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e psicólogos.

Numa primeira análise verificou-se que as estratégias mais utilizadas por este grupo de profissionais são as estratégias de *coping* ativo, de planeamento, aceitação e reavaliação positiva. Pelo contrário, as menos utilizadas são o abuso de substâncias, negação e desinvestimento comportamental, estratégias habitualmente consideradas menos adaptativas. Estes resultados vão parcialmente no sentido das conclusões da revisão sistemática da literatura de Lim et al. (2010) que constataram que as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos enfermeiros eram as procura de apoio e as de *coping* ativo. Nas análises preliminares também não foram encontrados qualquer efeito do sexo ou qualquer associação dos anos de prática profissional na orientação positiva para a vida, no autocontrolo ou nas estratégias de *coping* utilizadas. Estudos prévios com profissionais de saúde, incluindo somente médicos e enfermeiros, constaram que as mulheres e os profissionais mais jovens relatavam níveis mais elevados de stress (Gomes et al., 2009; Silva & Gomes, 2009). No entanto, relativamente à sua positividade e aos seus processos autorregulatórios este estudo não encontrou qualquer diferença.

Relativamente à primeira hipótese formulada “*que a orientação positiva e o autocontrolo se associem positiva e significativamente com a utilização de estratégias de coping mais adaptativas nos profissionais de saúde*” os resultados obtidos confirmam esta hipótese. Verificou-se que a orientação positiva para a vida se associa positiva e significativamente com os níveis de autocontrolo e com as estratégias de *coping* de planeamento, bem como, de *coping* ativo, apoio emocional, reavaliação positiva, humor, aceitação e religião. Associa-se também significativamente, mas de forma negativa, com as estratégias de *coping* de negação, desinvestimento comportamental e auto-culpabilização, sugerindo que profissionais com níveis de orientação positiva para a vida têm simultaneamente um maior autocontrolo e utilizam estratégias de *coping* consideradas habitualmente mais adaptativas. Estes resultados vão no sentido dos resultados encontrados no estudo recente de Li et al. (2016) que verificou que pessoas com maior satisfação com a vida, têm mais autocontrolo, havendo uma ligação mediada pelo *coping* positivo, ou adaptativo.

Observam-se também correlações positivas e significativas entre o autocontrolo e as estratégias de *coping*. Os profissionais que revelaram possuir maiores níveis de autocontrolo, recorrem mais às estratégias de *coping* de planeamento, *coping* ativo e à reavaliação positiva. O autocontrolo associa-se também significativamente, mas de forma negativa com as estratégias de *coping* de negação, com o desinvestimento comportamental,



com a ventilação emocional e com a auto-culpabilização. Perante esta constatação, pode-se observar que os participantes que têm maiores níveis de autocontrolo utilizam menos as estratégias de *coping* de negação, desinvestem menos, expressam menos os sentimentos (ventilam menos) e culpabilizam-se menos.

No que se refere à segunda hipótese “*que o autocontrolo e as estratégias de coping sejam preditores de uma maior orientação positiva para a vida*”, verificou-se que os preditores significativos são o autocontrolo, o *coping* focado na emoção e o *coping* evitante. Já o *coping* focado no problema não é um preditor significativo de positividade. O autocontrolo como preditor de positividade vai de encontro a resultados prévios que demonstraram que o autocontrolo está positivamente associado a vários resultados benéficos, nomeadamente, a nível de saúde física e psíquica, segurança financeira, sucesso académico e relações pessoais estáveis (Frieze et al., 2017), melhor organização, maior capacidade em finalizar projetos e menor stress (Baumeister & Tierney, 2011). As estratégias de *coping* focadas na emoção e as de *coping* evitante também se mostraram preditores significativos de OPV, pelo contrário, o *coping* focado no problema, dirigido ao controle do stressor, reduzindo ou eliminando a sua pressão, não se mostrou um preditor significativo. Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) referem que, quando as pessoas sentem que o agente stressor tem tendência para permanecer, prevalece o *coping* focado nas emoções. Segundo Lazarus e Folkman, (1984) o tipo de resposta focada na emoção tem o papel de conseguir regular a resposta a nível emocional, e/ou diminuir os estados de ansiedade, mas não atua de forma direta na situação ou acontecimento. Efetivamente, este é um grupo de profissionais onde grande parte dos seus stressores são ambientais, não estando na sua ação conseguirem eliminá-los. Faz assim sentido que a utilização de estratégias focadas na emoção sejam um melhor preditor de OPV do que as que se focam no problema. A literatura também tem vindo a sugerir que, quando os indivíduos utilizam estratégias de *coping* ajustadas a uma determinada situação, manifestam uma melhor adaptação, níveis de bem-estar mais elevados, melhor funcionamento social e melhor saúde (Calvetti et al., 2007; Lazarus et al., 1985). O otimismo, uma das dimensões subjacentes à OPV, também tem sido associado a um *coping* mais adaptativo, com os indivíduos otimistas a demonstrar lidar melhor com as circunstâncias da vida e a apresentar estratégias de *coping* mais eficazes para lidar com a adversidade (Scheier & Carver, 1985).

No sentido de explorar as diferenças entre os três grupos profissionais, médicos, enfermeiros e psicólogos quanto aos níveis de orientação positiva para a vida, autocontrolo

e estratégias de *coping*, observaram-se diferenças significativas nos níveis de autocontrolo entre os psicólogos comparativamente com os médicos, com os primeiros a revelar níveis de autocontrolo significativamente superiores. Essas diferenças poderão, eventualmente, ser explicadas pelo facto de os psicólogos terem adquirido durante o seu percurso académico e prática profissional mais *know-how* e mais estratégias que lhes possibilitam obter maiores níveis de autocontrolo.

No que concerne à orientação positiva para a vida, não foram encontradas diferenças significativas em função da profissão, o que faz sentido uma vez que a orientação positiva surge na literatura como uma tendência disposicional que exerce influência na forma como as pessoas olham para a vida, mas que é menos permeável a fatores ambientais ou sociodemográficos, além de se mostrar muito estável ao longo do desenvolvimento dos indivíduos (Alessandri, 2008, Caprara, 2009; Caprara et al, 2009).

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas observaram-se diferenças significativas nas estratégias de desinvestimento comportamental e reavaliação positiva, com os médicos a utilizar significativamente mais o desinvestimento comparativamente com os psicólogos, enquanto que estes utilizam mais a estratégia de reavaliação positiva comparativamente com os médicos. Já a auto-culpabilização é mais utilizada quer pelos médicos, quer pelos enfermeiros, em comparação com os psicólogos. Estudos prévios com psicólogos verificou que os níveis de stress nestes profissionais eram mais baixos, na medida em que as estratégias de *coping* utilizadas eram adaptativas, quer pelo conhecimento adquirido acerca dos agentes causadores de stress, quer pelas competências adquiridas para e no exercício da sua profissão (Sanzovo & Coelho, 2007). Perante as situações de stress, também utilizam menos o *coping* de evitamento e mais o *coping* ativo (Ribeiro, 2002). A natureza da tarefa destes profissionais também poderá ajudar a compreender estes resultados, assim como a perceção acerca do impacto da sua intervenção. A ação de médicos e enfermeiros tem um impacto muito mais direto e mais mensurável na saúde ou doença, na vida ou morte das pessoas. Já a (in)eficácia da intervenção do psicólogo está muito mais ancorado no comprometimento do próprio cliente, sem o qual qualquer processo de mudança fica comprometido, daí que, possivelmente, estes profissionais possam utilizar menos a auto-culpabilização como estratégia de confronto com a situação.

Em conclusão, os resultados deste estudo evidenciaram o papel proeminente que o autocontrolo e as estratégias de *coping* adotadas têm na positividade, isto é, na tendência

disposicional que influencia a forma como estes profissionais de saúde olham para a vida, permitindo-lhes compreender melhor os seus potenciais.

Uma das limitações deste estudo prende-se com a possibilidade de os psicólogos terem mais conhecimentos que os outros profissionais relativamente aos constructos analisados, além de poderem estar mais familiarizados com as medidas utilizadas, o que poderá ter interferido na forma como responderam. Outra limitação relaciona-se com a permeabilidade que as dimensões analisadas têm à desejabilidade social, sugerindo-se em estudos futuros incluir uma medida de desejabilidade social para controlar esta dimensão. Seria também benéfico ter uma amostra de maior dimensão e mais equilibrada em termos de sexo e de atividade profissional.

Relativamente às implicações para a prática futura, este estudo ajudou a clarificar algumas das dimensões chave para uma vida mais positiva e consequentemente mais saudável e bem-sucedida. O autocontrolo é um caminho promissor para a sua consecução, na medida em que parece facilitar o sucesso na vida em muitas esferas, e, fundamentalmente, parece que pode ser melhorado. De facto, o autocontrolo, ao contrário da inteligência, por exemplo, poderá ser treinado e aperfeiçoado mediante intervenções psicológicas, mesmo na vida adulta. Ao beneficiar desse conhecimento, a psicologia pode melhorar, quer a saúde mental, quer o bem-estar de muitas pessoas (Baumeister, Vohs, & Tice, 2007). Também parece ser essencial trabalhar com estes profissionais a adoção de estratégias de *coping* consideradas mais adaptativas em situações concretas. A adoção de estratégias que possibilitem uma melhor gestão emocional, ou uma melhor resolução de problemas, quer na esfera pessoal e relacional quer profissional, parece predispor a uma maior orientação positiva para a vida, levando a que estes profissionais beneficiem de níveis maiores de autoestima, otimismo e satisfação com a sua vida.

## Referências Bibliográficas

- Alessandri, G. (2008). An empirical test of the theory of positivity. Results from cross sectional, longitudinal and genetic data. Unpublished Ph. D. Dissertation, “Sapienza”, University of Rome, Italy.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, Dalbosco, D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294. doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In: J.D. Matarazzo, S. M., Weiss, J. A., Herd, N. E., Miller, & S. M. Weiss (Eds). *Behavioral health* (pp. 114-129). New York: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baumeister, R. F. (1993) (Ed.). Self-esteem: The puzzle of low selfregard. New York: Plenum.
- Baumeister, R. F., & Exline, J. J. (1999), Virtue, Personality, and Social Relations: Self-Control as the Moral Muscle. *Journal of Personality*, 67(6), 1165–1194. doi:10.1111/1467-6494.00086
- Baumeister, R. F., & Tierney, J. (2011). *Willpower: Rediscovering the greatest human strength* (1<sup>st</sup> ed.) New York: Penguin Press.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265. doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1252
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). Losing control: How and why people fail at self-regulation. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The Strength Model of Self-Control. doi: 10.1111/j.1467-87212007.00534.x
- Berkman, E. T., Hutcherson, C. A., Livingston, J. L., Kahn, L. E., & Inzlicht, M. (2017). Self-Control as value-based choice. *Current Directions In Psychological Science*. 26(5) 422-428. doi:10.1177/0963721417704394

- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (2), 139-157.
- Brodhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Calvetti, P., Muller, M., & Nunes, M. (2007). Psicologia da saúde e Psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Caprara, G. V. (2009). Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning, 11, 46-48. *The European Health Psychologist*.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., Abela, J. (2012) The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701-712. doi.org/10.1037/a0026681
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Tisak, J., & Steca, P. (2009). Assessing positive orientation. Submitted manuscript.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267
- Charles, S. T., & Almeida, D. M. (2007). Genetic and environmental effects on daily life stressors: More evidence for greater variation in later life. *Psychology and Aging*, 22(2), 331-340. doi: org/10.1037/0882-7974.22.2.331
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405-411. doi: org/10.1037/0022-006X.56.3.405
- Cruz, J. F., Sofia, R., Osório, J., Valente, J., & Silva, J. (2013). Autocontrolo no desporto: Estudo de adaptação e validação da “Brief Self-Control Scale”. In Pereira, A., Calheiros, M., Vagos, P., Direito, I., Monteiro, S., Silva, C. & Gomes, A. (Orgs.), *Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1221-1231. Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.

- Csikszentmihalyi, M. (2009). The promise of positive psychology. *Psihologijske teme*, 18 (2), 203-211.
- Diener, E., Scollon, C., K., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E. M. (2000). Positivity and the Construction of Life Satisfaction Judgments: Global Happiness Is Not the Sum of Its Parts. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 159-176. doi: [org/10.1023/A:1010031813405](https://doi.org/10.1023/A:1010031813405)
- Ferreira, M., J. (2011). *A qualidade da experiência subjetiva e o envelhecimento: Relações como o bem-estar e solidão* (Dissertação de Doutoramento). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654. doi: [org/10.1037/0003-066X.55.6.647](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647)
- Frieze, M., Frankenbach, J., Job, V., & Loschelder, D. D. (2017). *Does Self-Control Training Improve Self-Control?* A Meta-Analysis, 12(6) 1077-1099.
- Gailliot, M. T., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Maner, J. K., Plant, E. A., Tice, D. M., Schmeichel, B. J. (2007). Self-control relies on glucose as a limited energy source: Willpower is more than a metaphor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 325-336. doi: [org/10.1037/0022-3514.92.2.325](https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.325)
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. doi: [org/10.1590/S0102-37722009000300004](https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004)
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Pintel, E. (1992). Why Do People Need Self-Esteem? Converging Evidence That Self-Esteem Serves an Anxiety-Buffering Function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 913-922.
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2008). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 681-688. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x

- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.  
doi: [org/10.1037/0022-3514.52.5.946](https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946)
- Kernis, M. H. (2003). Toward a Conceptualization of Optimal Self-Esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. doi: [org/10.1207/S15327965PLI1401\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01)
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kobasa, S.C. (1979). Stress life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kozma, A., Stone S., Stones, M. J. (2000) Stability in components and predictors of subjective well-being (SWB): implications for SWB structure. In: Diener E., Rahtz D. R. (eds). *Advances in Quality of Life Theory and Research. Social Indicators Research Series*, 4. Springer, Dordrecht. doi: [org/10.1007/978-94-011-4291-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-94-011-4291-5_2)
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R., S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779. doi:10.1037/0003-066X.40.7.770
- Li, J., Delvecchio, E., Lis, A., Nie, Y., Di Riso, D. (2016). Positive coping as mediator between self-control and life satisfaction: Evidence from two Chinese samples *Personality and Individual Differences*, 97, 130-133.
- Lim, J., Bogossian, F. & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 57, 22-31. doi:10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Machado, A., (2013). *Stress, avaliação cognitiva, burnout e comprometimento: Um estudo com profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Muraven, M., Shmueli, D., & Burkley, E. (2006). Conserving Self-Control Strength. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 524-537.
- Nakamura, J. (2011). Contexts of positive adult development. In S. Donaldson, M. Csikszentmihalyi & J. Nakamura (Eds.), *Applied positive psychology. Improving everyday life, health, schools, work, and society* (pp. 185-202). New York: Psychology Press.
- Pais-Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde. *Jornal de Psicologia*, 8(2), 19-22.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief-COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17(36), 9-20. doi: org/10.1590/S0103-863X2007000100002
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x
- Ribeiro, D. (2002). Estratégias de “coping” em psicólogos de serviços e ambulatórios de saúde pública. *Revista de Psicologia da UNESP*, 1(1).
- Ribeiro, L., Gomes, A. R., & Silva, M. (2010). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1494-1508. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Ridder & Schreurs, (1994). *Handbook of Coping: theory, research, applications*. (X Ed) Edited by Moshe Zeidner and Norman S. Endler.



- Sanzovo, C. E., & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 227-238.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. doi: org/10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 26-30. doi: org/10.1111/1467-8721.ep10770572
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1-15.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. doi: org/10.1590/S0103-73312007000100003
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Seligman, M., E., P. (2011) *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi: org/10.1037/0003-066X.56.3.216
- Silva, M. & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Simões, P., M. (2015). *Autocontrolo, coping e controlo atencional em situações de stress e pressão competitiva: estudo exploratório no basquetebol*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic of life-threatening illness. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edts.) *Handbook of psychology and health*, 4, 269-278. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Publishers.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. doi: org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Vohs, K. D., & Faber, R. J. (2007). Spent Resources: Self-Regulatory Resource Availability Affects Impulse Buying. *Journal of Consumer Research*, 33(4), 537-547. doi.org/10.1086/510228
- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, 6(2), 107-117.
- Wilson G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005) Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28(3), 369-79.